



Nursing Care for People with Cognitive Impairment from Depression

Arpakorn Prewnim^{1*}

(Received August 2, 2022, Revised: October 29, 2022, Accepted: January 29, 2023)

Abstract

Increasing incidence of acute depression has resulted in an increased interest in cognitive impairment from depression, which results in an increase in mental health problems. Although many people have received treatment or therapy, problems persist in people with cognitive impairment from depression, for example, lack of concentration, memory problems. and recognition. These symptoms significantly affect daily activities, work, quality of life and risk of disease recurrence. The focus of nursing care for people with this condition is to observe symptoms and assess key features that differ from typical depression in order to lead to prompt medical care and mitigate serious consequences. This article aims to review and recommend nursing guidelines for people with cognitive impairment from depression. In this article, the critical nursing care that relies on the scientific and artistic process of nursing in order to be able to practice systematic nursing in accordance with the psychiatric nursing process, as well as the promotion of nursing care for people with degenerative brain disease using knowledge are reviewed. To promote, prevent, care, and rehabilitate people with cognitive impairment from depression to better health.

Keywords: Cognitive impairment, Depression, Nursing

* Instructor, Faculty of Nursing, Bangkok Thonburi University

¹Corresponding author:: email: arpakorn.pr@gmail.com , Tel: 0814222199



การพยาบาลผู้ที่มีปัญหาความเสื่อมทางปัญญาจากภาวะซึมเศร้า

อาภากร เปี้ยวนันท์^{1*}

(วันรับบทความ : 2 สิงหาคม 2565, วันแก้ไขบทความ : 29 ตุลาคม 2565, วันตอบรับบทความ : 29 มกราคม 2566)

บทคัดย่อ

อัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะเฉียบพลันมีเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้มีความสนใจปัญหาความเสื่อมทางปัญญาจากภาวะซึมเศร้า ส่งผลให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น แม้หลายคนจะได้รับการรักษาหรือบำบัด แต่ยังคงพบปัญหาในผู้ที่มีปัญหาความเสื่อมทางปัญญาจากภาวะซึมเศร้า เช่น การขาดสมาธิ มีปัญหาด้านความจำ และการรับรู้ อาการเหล่านี้ส่งผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำงาน คุณภาพชีวิต และความเสี่ยงต่อการเกิดซ้ำของโรค บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนและเสนอแนะแนวทางการพยาบาลสำหรับผู้ที่มีปัญหาความเสื่อมทางปัญญาจากภาวะซึมเศร้า โดยจุดสำคัญของการพยาบาลผู้ที่อยู่ในภาวะนี้ คือ การสังเกตอาการ และการประเมินลักษณะสำคัญที่แตกต่างจากภาวะซึมเศร้าโดยทั่วไป เพื่อนำไปสู่การรักษาพยาบาลที่ทัน่วงที และลดผลกระทบที่รุนแรง ผู้วิจัยได้ทบทวนการพยาบาลที่สำคัญที่ต้องอาศัยกระบวนการศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาลให้สามารถปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบตามกระบวนการทางการพยาบาลจิตเวช รวมทั้งการส่งเสริมการพยาบาลที่ผู้ที่มีความเสื่อมของสมองโดยใช้ความรู้ในการส่งเสริม ป้องกัน ดูแล และฟื้นฟูผู้ที่มีปัญหาความเสื่อมทางปัญญาจากภาวะซึมเศร้าให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น

คำสำคัญ : เสื่อมทางปัญญา, ภาวะซึมเศร้า, การพยาบาล

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี

¹ผู้ประพันธ์บทความ: email arpakorn.pr@gmail.com , Tel: 0814222199



บทนำ

ความรู้สึกหดหู่ หรือท้อแท้ในการดำเนินชีวิตสามารถเกิดขึ้นได้เป็นครั้งคราวตามปกติในการดำเนินชีวิตของมนุษย์ แต่ภาวะซึมเศร้ามีลักษณะแตกต่าง เนื่องจากเป็นอารมณ์ที่รู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง ส่งผลกระทบต่อทุกแง่มุมชีวิต นำไปสู่ความรู้สึกโดดเดี่ยวทางสังคม ไร้ค่าและร้ายแรงถึงการฆ่าตัวตาย ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่มีอัตราการเกิดมากขึ้นในปัจจุบัน ส่งผลกระทบทางสังคมอย่างมาก มีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นเรื้อรัง อาการที่พบบ่อยที่สุด คือ ความผิดปกติของพุทธิปัญญาหรือการรู้คิดของสมอง (Cognitive disorders) ความสนใจ (Attention) การบริหารจัดการของสมอง (Executive function) ความจำ (Memory) และความรวดเร็วในการประมวลผลของสมอง (Processing speed) (Chen, et al, 2017; Semkovska, et, al , 2019; Cai, et al., 2020) จากการสำรวจความชุกของโรคซึมเศร้าในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564 พบว่า คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า 1.5 ล้านคน และพยายามฆ่าตัวตาย 6 คนต่อชั่วโมง หรือมากกว่า 53,000 คนต่อปี และเสียชีวิตประมาณ 4,000 คน ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 100 คน จะเข้าถึงการรักษาเพียง 28 คน โดยเพศหญิงมีอัตราการป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย แต่เพศชายมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่า ทั้งนี้ ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าคนทั่วไปถึง 20 เท่า และร้อยละ 70 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Department of Mental Health, Ministry of Public Health, 2022)

ภาวะซึมเศร้าจากปัญหาความเสื่อมทางปัญญามีความเกี่ยวข้องกับการทำงานทางจิตสังคมที่ไม่ดี (Rock, Rosier, Riedel, & Blackwell, 2014) ปัญหาด้านเศรษฐกิจการเงิน ความผิดหวัง ความสัมพันธ์ ความรัก และการสูญเสีย เมื่อไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้ ทำให้ทุกปัญหากลายเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล จนพัฒนาไปสู่ภาวะซึมเศร้า และคิดทำร้ายตัวเองหรือฆ่าตัวตาย ซึ่งปัญหาความผิดปกติทางสุขภาพจิตมีความเด่นชัดมากกว่าทำให้ไม่สามารถเห็นปัญหา ความเสื่อมทางปัญญาได้อย่างชัดเจน นอกจากนี้ ภาวะซึมเศร้ามีผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อการทำงานโดยรวมของสมอง เรียกว่า "Depressive pseudo-dementia" เป็นกลุ่มอาการสมองเสื่อมจากภาวะซึมเศร้า ผู้ที่มีความเสื่อมทางปัญญาจะมีความเสื่อมเพิ่มมากขึ้น แม้จะไม่ใช่ความรู้สึกหดหู่ (Sahin, et.al, 2017 ; Connors, Quinto, & Brodaty, 2019) ภาวะซึมเศร้าเพิ่มความเสี่ยงการเกิดโรคสมองเสื่อม โดยเกิดอาการ pseudodementia ก่อนมีภาวะสมองเสื่อม (Pozzoli, Carlo, & Madonna, 2019) ผู้มีภาวะซึมเศร้ามักมีอาการและอาการแสดงของความเสื่อมทางปัญญา แต่อาการทางกายทำให้การประเมินและการรักษาลำบากมากขึ้น การเสื่อมทางปัญญาในภาวะซึมเศร้าไม่ได้เป็นแค่ "อาการหลอก" แต่เป็นลางบอกเหตุก่อนเกิดภาวะสมองเสื่อมอย่างถาวรในอนาคต ดังนั้น การพยาบาลควรตระหนักถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเสื่อมทางปัญญากับภาวะซึมเศร้า และสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้ามีความเกี่ยวข้องกับความเสื่อมทางปัญญาในระยะ prodromal ของภาวะสมองเสื่อมที่ไม่สามารถแก้ไขได้ (Dua, & Grover, 2018)

ความเสื่อมทางปัญญาจากภาวะซึมเศร้า เกิดขึ้นหลังจากการที่บุคคลเกิดภาวะกลไกทางจิตที่นำไปสู่อาการซึมเศร้า กระบวนการคิด การเรียนรู้ อารมณ์ สมาธิ ความจำ และสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้างเปลี่ยนไป ทำให้มีร่างกายโดยเฉพาะอย่างยิ่งสมองเกิดการเปลี่ยนแปลง มีปัญหาด้านการนอนหลับพักผ่อน การรับประทานอาหาร การดำเนินชีวิตประจำวัน มีปัญหาในการควบคุมอารมณ์ การมองปัญหาหรือสิ่งแวดล้อมไปในทิศทางลบ ขาดความมั่นใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองไร้ความสามารถ สมาธิหรือความจำแย่ลง ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง



และสุดท้ายอาจเกิดอาการทางจิตหลังจากมีอาการซึมเศร้า หรือเกิดอาการทางจิตอื่นเช่น หลงผิด ประสาทหลอน และนำไปสู่ความเสื่อมของสมอง (Culpepper, Lam, & McIntyre, 2017; Ismail, et al., 2017; Perini, et al., 2019; Afzal, et al., 2021)

อาการและอาการแสดงทักษะทางปัญญา (Cognitive) ของภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยที่มีผลต่ออาการและอาการแสดงของความผิดปกติจากปัญหาความเสื่อมทางปัญญาจากภาวะซึมเศร้า คือ ความรุนแรงของความเสื่อมทางปัญญา จำนวนความผิดปกติของอารมณ์ ระยะเวลาการเกิดอาการ หรือตัวแปรทางสังคมเกี่ยวกับความแปรปรวนของระบบประสาท รวมทั้งปัจจัยภายในอื่น ๆ เช่น แรงจูงใจ ความภาคภูมิใจในตนเอง ฯลฯ และปัจจัยทางพันธุกรรมที่ต่างกัน (Bora, 2016) ก่อให้เกิดความผิดปกติทางอารมณ์อย่างรุนแรง ความเร็วในการประมวลผล (Processing speed) ของสมองช้าลง ปัญหาความจำขณะคิด (Working memory) การรับรู้ (Perception) ความคิด (Thinking) การบริหารจัดการของสมอง (Executive function) และมีแนวโน้มปรากฏอาการทางจิต เช่น ภาวะความทุกข์ใจ (Dysphoria) ภาวะสิ้นยินดี (Anhedonia) ภาวะที่คิดว่าตัวเองมีอะไรเหนือกว่าคนอื่นทั่วไป (Grandiosity) การพูดมากและพูดเร็วจนยากแก่การจะขัดจังหวะให้หยุดพูดได้ (Pressured speech) ความคิดที่แล่นเร็วมาก (Racing thoughts) ความเสื่อมทางปัญญามีความแตกต่างกันไปตามอาการทางคลินิก เช่น อารมณ์เฉยเมย (Affective flattening) พูดน้อย คิดนานกว่าจะพูด (Alogia) การถอนตัวทางสังคม (Social withdrawal) มีลักษณะเฉื่อยชา ขาดความกระตือรือร้น (Avolition) ไม่ร่วมมือในการรับประทานยา (Poor medication compliance) พฤติกรรมทำร้ายตนเอง (Self-injurious behavior) และการถูกทำร้ายร่างกาย (Assertiveness) (Calderón, et al., 2017; Mirza, et al., 2017; Kapoor, et al., 2017; Cambridge, et al., 2018; Ma, 2020) ในทางคลินิกสามารถแก้ไขได้โดยวิธีการวิเคราะห์ความแตกต่างตั้งแต่ระยะแรกระหว่างโรคสมองเสื่อม (Dementia) จากปัญหาความซราหรือเกิดจากภาวะหลอดเลือดกับความเสื่อมทางปัญญา (Cognitive impairment) จากภาวะซึมเศร้า (ตาราง 1)

ตาราง 1 ความแตกต่างระหว่างโรคสมองเสื่อม (Dementia) กับความเสื่อมทางปัญญา (Cognitive Impairment) จากภาวะซึมเศร้า (Perini, et al, 2019)

โรคสมองเสื่อม (Dementia)	ความเสื่อมทางปัญญา (Cognitive Impairment) จากภาวะซึมเศร้า (Pseudodementia)
- อาการแบบค่อยเป็นค่อยไป (Gradual onset)	- อาการเฉียบพลัน (Sudden onset)
- ความก้าวหน้าช้า (Slow progression)	- ความก้าวหน้าเร็ว (Rapid progression)
- มีประวัติ (Patient has insight)	- ไม่มีประวัติ (Patient has no insight)
- มีภาวะ Confabulations	- ความผิดปกติของความจำ (Memory disorders)
- ความเสื่อมไม่ชัดเจน (Minimizes)	- ความเสื่อมชัดเจน (emphasizes)



ตาราง 1 ความแตกต่างระหว่างโรคสมองเสื่อม (Dementia) กับความเสื่อมทางปัญญา (Cognitive Impairment) จากภาวะซึมเศร้า (Perini, et al, 2019) (ต่อ)

โรคสมองเสื่อม (Dementia)	ความเสื่อมทางปัญญา (Cognitive Impairment) จากภาวะซึมเศร้า (Pseudodementia)
<ul style="list-style-type: none">- พฤติกรรมสอดคล้องกับความเสื่อม- เกิดความล้มเหลวในการตอบสนองบ่อยครั้ง- อาการผิดปกติมักเกิดในเวลากลางคืน- ลักษณะอาการไม่สอดคล้อง (Incongruous mood)- มักไม่เกิดกลุ่มอาการ Vegetative- ไม่ค่อยพบในผู้ที่มีประวัติจิตเวช- มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายต่ำ	<ul style="list-style-type: none">- พฤติกรรมไม่สอดคล้องกับความเสื่อม- การตอบสนองไม่ชัดเจน (Non-specific answers)- ช่วงเวลาไม่มีผลต่ออาการ- มีอารมณ์ซึมเศร้า (Depressed mood)- มักเกิดกลุ่มอาการ Vegetative- มักพบในผู้ที่มีประวัติจิตเวช- มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสูง

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของความเสื่อมทางปัญญาจากภาวะซึมเศร้า

ความเสื่อมทางปัญญาไม่ได้เกิดจากโรคหรืออาการเฉพาะ ไม่จำกัดกลุ่มอายุ แต่เกิดจากหลายปัจจัยเสี่ยง (Rock, Roiser, Riedel, & Blackwell, 2014; Roca, Vives, López-Navarro, García-Campayo, & Gili, 2015; Vives, López-Navarro, García-Campayo, & Gili, 2015; Zacková, Jáni, Brázdil, Nikolova, & Marečková, 2021) จำแนกออกเป็นปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล : โครงสร้างของสมอง อายุ ประวัติครอบครัว พันธุกรรม (ความผิดปกติของอารมณ์ การทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตายของสมาชิกในครอบครัว) ระดับการศึกษา ระดับสติปัญญา การบาดเจ็บของสมองและความพิการ การได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ หรือผู้ที่ใส่เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ (Obstructive sleep apnea) การสัมผัสสารกำจัดศัตรูพืชหรือสารพิษ ยาเสพติด การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นเวลานาน ไม่ออกกำลังกาย การเดินช้า (Slow gait) อาหารที่รับประทาน การลดน้ำหนักอย่างรวดเร็ว (Rapid weight loss) การเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน และการเจ็บป่วยเรื้อรัง (Chronic) เช่น การติดเชื้อในร่างกาย อัลไซเมอร์ ซึมเศร้า พาร์กินสัน หัวใจ เบาหวาน และหลอดเลือดสมอง

2. ปัจจัยชีวภาพ : การเสื่อมสลายเซลล์ประสาทของสมองบริเวณส่วนหน้าและส่วนขมับ (Frontotemporal dementia) โรคปลอกประสาทเสื่อม (Multiple sclerosis) และโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลายโรค (Multimorbidity) หรือผลข้างเคียงของยาที่ใช้รักษาปัญหาทางสุขภาพบางชนิด และการขาดวิตามิน B12

3. ปัจจัยด้านจิตสังคมและสิ่งแวดล้อม : ภาวะเจ็บป่วยที่สามารถทำให้เกิดการเสียชีวิต ภาวะโดดเดี่ยวในสังคมหรือการมีปัญหาในการเข้าสังคม ความเครียด (เช่น การมีโรคประจำตัว ปัญหาการหย่าร้าง หรือปัญหาด้านเศรษฐกิจของครอบครัว) ภาวะบาดเจ็บหรือการถูกล่วงละเมิดในวัยเด็ก ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระยะยาวจากการที่สมองสั่งการให้จัดการกับความกลัวและความเครียด



เครื่องมือ/การประเมินความเสื่อมทางปัญญาจากภาวะซึมเศร้า

การประเมินและป้องกันการเสื่อมทางปัญญา (Assessing and preventing cognitive impairment) เกี่ยวกับการทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา (Cognitive functioning) มี 12 ส่วน คือ สมาธิ (Attention) ความสนใจ (Concentration) สติปัญญา (Intelligence) การตัดสินใจ (Judgment) ความสามารถในการเรียนรู้ (Learning ability) ความจำ (Memory) การรับรู้เวลา สถานที่ และบุคคล (Orientation) การรับรู้ (Perception) การแก้ปัญหา (Problem solving) ความสามารถของจิต (Psychomotor ability) ปฏิกริยาตอบสนอง (Reaction time) และความสมบูรณ์ของ สังคม (Social intactness) (Elwood, 2001 ; Fisher, Stachowski, Infurna, Faul, Grosch, & Tetrack, 2014) แต่ปัจจุบันยังไม่มีเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความเสื่อมทางปัญญาจากภาวะซึมเศร้าทั้ง 12 ส่วน และไม่มีเครื่องมือเพื่อวัดหรือประเมินโดยเฉพาะ แต่จะเป็นการประเมินในลักษณะการผสมผสานระหว่างเครื่องมือ เช่น

1. การประเมินสมรรถภาพการรู้คิด 6 ข้อ (6 item cognitive impairment test: 6CIT) ที่พัฒนาโดยบรู๊ค และบัลลอค (Brooke & Bullock, 1999) แปลจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลย้อนกลับ (Back translation) โดยสุภาพ อารีเอื้อ และพิชญ์ประอร ยังเจริญ (2563)

2. แบบประเมินสมรรถภาพสมองฉบับย่อ (Mini-Cog ฉบับภาษาไทย) ของบอร์สัน และคณะ (Borson, et al., 2000) ร่วมกับแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

3. แบบประเมินสมรรถภาพทางสมองของไทย (Thai Mental State Examination: TMSE) ของกรมสุขภาพจิต เป็นแบบการตรวจสภาพจิตแบบย่อ ทดสอบการทำงานของสมองด้านความรู้ ความเข้าใจ ใช้กันอย่างแพร่หลายในการคัดกรองคนไข้สมองเสื่อม ในการจำแนกความบกพร่องในการทำงานที่ของสมองด้านความรู้ความเข้าใจและอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทย

4. แบบประเมินภาวะพุทธิปัญญา (Montreal Cognitive Assessment: MoCA) เป็นเครื่องมือคัดกรองอย่างรวดเร็วสำหรับภาวะสมองเสื่อมระยะแรกเริ่ม โดยประกอบด้วยโจทย์ (Tasks) สั้น ๆ ที่สามารถประเมินหน้าที่ในการทำงานของสมองด้านต่าง ๆ ได้แก่ ความตั้งใจ (Attention) สมาธิ (Concentration) การบริหารจัดการ (Executive Function) ความจำ (Memory) ภาษา (Language) มิติสัมพันธ์ (Visuoconstruction) ความคิดรวบยอด (Conceptual Thinking) การคิดคำนวณ (Calculation) และการรับรู้สภาวะรอบตัว (Orientation)

ในอนาคตคาดว่าจะมีการพัฒนาแบบประเมินที่ถูกใช้เพื่อการประเมินความเสื่อมทางปัญญาจากภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะ

แนวทางการบำบัดรักษาความเสื่อมทางปัญญาจากภาวะซึมเศร้า

1. การรักษาโดยใช้ยา (Pharmacotherapy) ผู้ป่วยหลายคนตอบสนองต่อการรักษาด้วยยากล่อมประสาทได้ดี ดังนั้น ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาการวิจัยทางเภสัชวิทยาได้มุ่งเน้นไปที่การพัฒนาที่สามารถรักษาทั้งอาการซึมเศร้าและการทำงานของสมองด้วย แต่ยาที่ใช้ในการรักษาจะออกฤทธิ์ค่อนข้างช้า ต้องรับประทานอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 2-3 สัปดาห์ จึงสามารถเห็นถึงการเปลี่ยนแปลง หรือมีอาการมึนงงแจ่มใสขึ้น ส่วนใหญ่การใช้ยาต้อง



ใช้เวลานาน 4-6 สัปดาห์ ยาจะออกฤทธิ์และแสดงผลได้เต็มที่ แต่ยาจะไม่ทำให้เกิดการเสพติด สามารถหยุดรับประทานยาได้เมื่อเริ่มเข้าสู่ภาวะปกติ ยารักษาโรคซึมเศร้าทุกตัวมีคำแนะนำสำหรับผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรทางการแพทย์ว่า ในช่วงแรกของการรักษา คือ ยาอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อความคิดฆ่าตัวตาย และเปลี่ยนพฤติกรรมในเด็ก วัยรุ่น และผู้ใหญ่อายุ 18-24 ปี แต่เมื่ออายุตั้งแต่ 24 ปี ไม่พบความเสี่ยงดังกล่าว ในขณะที่ผู้ที่อายุตั้งแต่ 65 ปี พบความเสี่ยงลดลง ตัวอย่างการรักษาโดยการให้ยา เช่น

1.1 ยากลุ่มต้านเศร้าเอสเอสอาร์ไอ (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors: SRI) เป็นกลุ่มยารักษาโรคซึมเศร้าที่ออกฤทธิ์ช่วยเพิ่มระดับสารเซโรโทนิน (Serotonin) ในสมอง เป็นยาที่ค่อนข้างปลอดภัยและมักไม่ทำให้เกิดผลข้างเคียงรุนแรงเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มยารักษาโรคซึมเศร้าชนิดอื่น โดยนำมาใช้บรรเทาอาการซึมเศร้าหรืออาจใช้รักษาโรคอื่น ๆ เช่น โรควิตกกังวล โรคแพนิค และภาวะไฟโบรมัยอัลเจีย เป็นต้น แต่ผู้ที่เริ่มการรักษาด้วยยาต้านอาการซึมเศร้าควรได้รับการติดตามอย่างใกล้ชิด สังเกตอาการซึมเศร้าว่าแย่ลง มีความคิดฆ่าตัวตายหรือพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง (Perini, et al, 2019)

1.2 ยากลุ่มแอนตี้โคลิเนอร์จิก (Anticholinesterase Drug) เป็นยาต้านแอซิติลโคลีนเอสเตอเรส (Acetylcholinesterase Inhibitor: AChEI) เป็นสารเคมีที่มีหน้าที่ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ในสมองที่ชื่อว่า อะซิติลโคลีนเอสเตอเรสเอนไซม์ (Acetylcholinesterase Enzyme) ที่ควบคุมให้สารสื่อประสาทในสมองออกฤทธิ์ สามารถชะลออาการของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมบางชนิดได้ ซึ่งจะได้ผลดีเมื่อให้ผู้ป่วยที่มีอาการระยะแรก ๆ แต่ยานี้ไม่ได้ทำให้โรคนี้หายขาด ทำได้เพียงชะลอการดำเนินของโรคไม่ให้เปลี่ยนแปลงเร็ว (Pohanka, 2012; Marucci, Buccioni, Dal Ben, Lambertucci, Volpini, & Amenta, 2021)

2. การบำบัดทางจิต (Psychotherapy) การรักษาความเสื่อมทางปัญญาจากภาวะซึมเศร้าโดยไม่ใช้ยาสามารถทำได้ด้วยการเปลี่ยนกระบวนการคิดและพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น เพื่อยับยั้งความเสื่อมทางปัญญาที่จะเพิ่มขึ้น ดังนั้น การใช้จิตบำบัดหรือการบำบัดด้วยการสนทนา เพื่อช่วยให้รับมือกับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ด้านจิตใจ ด้านพฤติกรรม ด้านการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม เช่น การใช้เทคนิคสะท้อนคิด (Reflective practice technique) ถึงปัญหาที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า กระบวนการคิดไตร่ตรองทวนสอบ (Reflective Thinking) พิจารณาสถานการณ์ต่าง ๆ อย่างรอบคอบ โดยใช้สติและสมาธิ เพื่อหาความคิดหรือความเชื่อในทางลบ หรือคลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริงที่ส่งผลกระทบต่ออารมณ์ความรู้สึกซึมเศร้า ความรู้สึกสิ้นหวัง ท้อแท้ และรู้สึกหมดหนทางในการแก้ไขปัญหา ต้องสร้างภูมิคุ้มกันในการเผชิญ หรือรับมือกับความเครียด และปัญหาที่จะเกิดขึ้น กระตุ้นความเชื่อทางบวก พัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม ร่วมวางแผนการดูแลตนเอง สร้างเป้าหมายชีวิต กำหนดเป็นเป้าหมายระยะสั้น กลาง และยาว ให้สามารถควบคุมวิถีชีวิตของตนเองได้ เข้าใจเหตุการณ์ที่เจ็บปวดในอดีต ทั้งความอ่อนแอและความต้องการทางจิตใจ เป็นสิ่งที่ต้องตระหนักเป็นลำดับแรกในการบำบัดทางจิต (Antczak, et.al.,2018) แต่การทำจิตบำบัดเพียงอย่างเดียวเหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเพียงเล็กน้อยถึงปานกลาง แต่อาจไม่เพียงพอสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการอยู่ในขั้นรุนแรง

3. การบำบัดด้วยการช็อตไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy: ECT) โดยปล่อยกระแสไฟฟ้าผ่านสมองขณะดมยาสลบ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสมดุลเคมีในสมอง กระทำในช่วงเวลาสั้นๆ ควบคุมโดยส่งผลต่อเซลล์



ประสาทและสารเคมีในสมอง ส่วนใหญ่ต้องรักษา 4-6 ครั้ง จึงจะเริ่มเห็นการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น การบำบัดนี้ถูกนำมาใช้รักษาผู้ป่วยกว่า 1 แสนคนต่อปี ให้ผลการรักษาที่ดีมากสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแบบรุนแรง ถึงแม้ว่าวิธีบำบัดแบบนี้จะทำงานได้อย่างรวดเร็ว และทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รู้สึกดีขึ้นได้มาก แต่หลายครั้งกลับพบว่า ผลจากการรักษาจะคงอยู่ได้ไม่นาน และไม่สามารถช่วยป้องกันภาวะซึมเศร้าในอนาคตได้ และอาจมีผลข้างเคียง คือ อาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ สับสน ทำให้สูญเสียความทรงจำระยะสั้นได้ และอาจเกิดความจำเสื่อม แต่หลักการของวิธีการบำบัดถูกนำไปพัฒนาต่อ ทำให้เกิดเทคโนโลยีอื่น ๆ

4. การกระตุ้นสมองด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Transcranial magnetic stimulation: TMS) เป็นอีกทางเลือกในการรักษาผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองจากการทานยาแก้ซึมเศร้า โดยการเหนี่ยวนำคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าจากสนามแม่เหล็กมากระตุ้นเซลล์ประสาทบรรเทาอาการซึมเศร้า ภาวะปวดศีรษะ กระตุ้นความจำ (Zhang, et al., 2016; Antczak, et.al., 2018) โดยไม่ต้องดมยาสลบและไม่เจ็บปวด ใช้เวลาในการรักษา 30-60 นาที เน้นไปที่บริเวณสมองที่เกี่ยวกับการควบคุมอารมณ์ สามารถลดอาการได้ร้อยละ 50 และทำให้อาการหายขาดได้ร้อยละ 40 (Carpenter, et. al., 2012) การกระตุ้นสมองด้วยแม่เหล็ก แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

4.1 การกระตุ้นสมองด้วยไฟฟ้ากระแสตรงผ่านกะโหลกศีรษะ (Transcranial direct current stimulation; tDCS) กระตุ้นต่อสมองส่วนต่าง ๆ เป็นบริเวณกว้างและไม่เฉพาะเจาะจง

4.2 การกระตุ้นซ้ำด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าผ่านกะโหลกศีรษะ (Repetitive transcranial magnetic stimulation; rTMS) กระตุ้นที่ส่งผลต่อสมองเฉพาะบริเวณที่ได้รับการกระตุ้นเป็นบริเวณแคบ

การกระตุ้นสมองด้วยแม่เหล็กอาจมีผลข้างเคียง คือ กล้ามเนื้อใบหน้ากระตุก ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ และมีภาวะชัก (ถ้าเคยมีประวัติชักมาก่อน)

5. การกระตุ้นการชักด้วยสนามแม่เหล็ก (Magnetic Stimulation Therapy: MST) อาศัยพลังงานแม่เหล็กแรงสูงกระตุ้นให้เกิดการชักเหมือนการทำช็อตไฟฟ้า แต่วิธีนี้สามารถโฟกัสสนามแม่เหล็กให้บำบัดในพื้นที่ที่เจาะจงของสมองได้ ทำให้ไม่มีข้างเคียงเหมือนการทำช็อตไฟฟ้า (Cretaz, Brunoni, & Lafer, 2015)

6.การกระตุ้นเส้นประสาทวากัส (Vagus nerve stimulation: VNS) สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการทำช็อตไฟฟ้าหรือการกระตุ้นสมองด้วยแม่เหล็ก จะใช้อุปกรณ์ฝังที่หน้าอกด้านซ้ายเพื่อกระตุ้นเส้นประสาทVagus (เส้นประสาทคู่ที่ 10) ที่ทำหน้าที่ส่งกระแสประสาทอย่างอ่อนไปสมองที่ควบคุมอารมณ์และการนอนหลับด้วยสัญญาณไฟฟ้า เพื่อสร้างจังหวะให้กับสมอง มีอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ตัวกำเนิดสัญญาณจะถูกตั้งโปรแกรมโดยแพทย์ผู้ดูแลให้ส่งสัญญาณการกระตุ้นโดยอัตโนมัติตาม Parameter ที่เหมาะสม และช่วยกระตุ้นการทำงานของ neurotransmitters เช่น serotonin และ norepinephrine ด้วย แต่อาจมีผลข้างเคียง คือ ปัญหาเกี่ยวกับช่องปาก การกลืน ความเจ็บปวด การไอ ปวดคอ และปัญหาระบบทางเดินหายใจในระหว่างการออกกำลังกาย (Howland, 2014)

7. การรับประทานอาหารเสริม สำหรับบางราย ควรได้รับอาหารเสริมประเภทวิตามิน เนื่องจากการขาดวิตามินหลายชนิดอาจมีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ เช่น วิตามินบีรวม (Vitamin B complex) ประกอบด้วย B1 (Thiamine), B2 (Riboflavin), B3 (Niacin), B5 (Pantothenic acid) B6 (Pyridoxine), B7 (Biotin), B12



(Cobalamin) และ กรดโฟลิก (Folic acid) วิตามิน C (Vitamin C หรือ Ascorbic acid) วิตามิน D และแร่ธาตุบางชนิด เช่น แมกนีเซียม แคลเซียม ซิงค์ เหล็ก แมงกานีส และโพแทสเซียม (Parker, Brotchie, & Graham, 2017; Pullar, Carr, Bozonet, & Vissers, 2018)

การพยาบาลผู้ที่มีความเสื่อมทางปัญญา (Cognitive Impairment) จากภาวะซึมเศร้า

การส่งเสริมและฟื้นฟูทักษะทางปัญญา (Cognitive) เป็นเป้าหมายสำคัญในการเริ่มต้นของการรักษา ซึ่งมีความแตกต่างเป็นรายบุคคล โดยเน้นอาการแสดง อาการทางคลินิกและการตอบสนองต่อการรักษา ส่งผลต่อความสามารถในการพยากรณ์ประสิทธิภาพการตอบสนองต่อการรักษาและการวางแผนการรักษา (Miskowiak, Ott, Petersen, & Kessing, 2016; Yager, & Feinstein, 2017) การปฏิบัติการพยาบาลต้องสอดคล้องกับความรู้แรงของโรคซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อม ควรดำเนินการตามกระบวนการทางการพยาบาลจิตเวช (Psychiatric nursing process) เพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบ (Varcarolis, 2014; Ackley, Ladwig, & Makic, 2016)

1. การรวบรวมข้อมูล (Assessment) ข้อมูลจากครอบครัว (Inform family) การติดต่อสื่อสารกับบุคคลในครอบครัวของผู้ที่มีความเสื่อมทางปัญญาเป็นการบำบัดที่ดีที่สุด ทำให้ทราบข้อมูลและเกิดความร่วมมือในการช่วยเหลือดูแล การที่ครอบครัวและผู้ดูแลรู้สึกมีส่วนร่วมในการพยาบาลและทราบอาการปัจจุบัน สามารถอำนวยความสะดวกในการดูแลหรือพยาบาล บรรเทาอาการ สังเกตอาการอย่างใกล้ชิด และให้ข้อมูลที่เป็นลายลักษณ์อักษรเกี่ยวกับกระบวนการรู้คิดและปัญหาด้านความจำ

พยาบาลต้องทบทวนและเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ ค้นหาสาเหตุหรือสิ่งที่ทำให้เกิดปัญหาสัมพันธภาพและรูปแบบการปรับตัวที่บกพร่อง เพื่อพัฒนาแนวทางการรักษาหรือบำบัดที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล ต้องทำหน้าที่ดูแลต้องใส่ใจกับการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ ติดตามอย่างใกล้ชิด ประเมินอาการและอาการแสดง ให้การพยาบาลที่เหมาะสมตลอดเวลาที่ผู้ป่วยและครอบครัวอยู่ในความรับผิดชอบ เรียกว่าข้อมูลทางด้านชีวจิตสังคม (Biopsychosocial assessment) ถูกต้อง ชัดเจน และครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม สติปัญญา และจิตวิญญาณ โดยเฉพาะการประเมินและป้องกันการเสื่อมทางปัญญา (Assessing and preventing cognitive impairment) เกี่ยวกับการทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา (Cognitive functioning) ทั้ง 12 ส่วน

2. การวิเคราะห์หรือวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing analysis or nursing diagnosis) พยาบาลต้องนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์และประมวลเป็นปัญหาทางการพยาบาล อธิบายสิ่งที่เกิดขึ้นปัจจุบันหรืออาจเกิดขึ้นในอนาคต ภาวะสุขภาพของผู้ที่มีความเสื่อมทางปัญญาที่สะท้อนถึงการตอบสนองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม วัฒนธรรม พัฒนาการ จิตวิญญาณ หรือกระบวนการทางเพศ พยาบาลต้องเข้าใจความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ (Basic human needs) ตามทฤษฎีของ Maslow เพื่อให้สามารถนำมาเป็นแนวทางในการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ช่วยให้สามารถตอบสนองความต้องการได้อย่างอิสระและเหมาะสม



ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ที่มีความเสี่ยงทางปัญญามีการปรับเปลี่ยนได้เรื่อย ๆ ในระหว่างการรักษา ควรนำข้อมูลที่รวบรวมมาได้เปรียบเทียบและตรวจสอบกับลักษณะทั่วไปและความต้องการส่วนบุคคล เช่น ความสามารถส่วนบุคคลในด้านการช่วยให้ตนเองได้รับความต้องการขั้นพื้นฐานที่จำเป็นต่อการคงอยู่ของชีวิต (Basic biological needs) ความสามารถในการปฏิบัติตามกิจกรรมตามหน้าที่ทั่วไปด้วยตนเอง และความสามารถในการจัดการตนเองให้ดำเนินชีวิตตามสภาพสังคม (Social qualities of man)

3. การวางแผนการพยาบาล (Nursing planning) พยาบาลมีหน้าที่สำคัญในการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงทางปัญญาแต่ละราย ให้การดูแลในสิ่งที่จำเป็น สนับสนุนให้มีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น รวมทั้งตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และองค์ประกอบอื่น ๆ อย่างละเอียด แม้ไม่สามารถใช้เทคนิคการรักษาที่ซับซ้อนได้ แต่สามารถผนวกหลักการสำคัญเข้ากับการปฏิบัติการพยาบาล การเอาใจใส่ และเห็นอกเห็นใจ นอกจากนี้ ทักษะการสื่อสารและสัมผัสพิเศษ (Sixth sense) เกี่ยวกับปัญหาที่อาจเกิดขึ้น เป็นองค์ประกอบสำคัญในการช่วยเหลือ การเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก พุดคุย และแสดงความคิดเห็นหรือความรู้สึก สามารถช่วยสร้างสายสัมพันธ์ทางบวกในฟื้นฟูสุขภาพจิตได้ เช่น การดูแลการรับรู้เวลา สถานที่ และบุคคล (Orientation) การดูแลกิจวัตรสุขอนามัยส่วนบุคคล เช่น การอาบน้ำ การขับถ่าย การดูแลเรื่องโภชนาการและการนอนหลับ เช่น การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพที่สมดุลและออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน และการนอนหลับอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง ช่วยป้องกันการเจ็บป่วยเรื้อรังและปรับปรุงการทำงานของสมอง การดูแลให้รับประทานยาตามแผนการรักษา การจัดสิ่งแวดล้อม (Environment) ปรับสภาพแวดล้อมเพื่อลดความทุกข์ของผู้ป่วย การอยู่ในสิ่งแวดล้อมเดิม ๆ ที่เป็นปัญหา เป็นปัจจัยที่สำคัญในการกระตุ้นอาการทางสุขภาพจิต ดังนั้น เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพที่ดีของการรักษาจึงควรมีการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย การกำหนดกิจกรรมบำบัดหรือโปรแกรมการบำบัดโดยไม่ใช้ยา การบำบัด (Therapeutics) การวิเคราะห์ผลกระทบการทำงานทางพุทธิปัญญาของผู้ที่มีความเสี่ยงทางปัญญา เช่น การรักษาโดยการฝึกสมาธิร่วมกับการใช้ยา เช่น การบริหารจัดการของสมอง การฝึกสมาธิที่บ้านเพื่อเพิ่มความสามารถด้านการมีสมาธิ และลดการกระตุ้นหรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดการกระตุ้น และสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการช่วยเหลือเมื่อเกิดความผิดปกติ

4. การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing intervention or implementations) พยาบาลมีภารกิจหลัก หรือหน้าที่ และบทบาทที่สำคัญเกี่ยวกับการดูแล ฟื้นฟู และส่งเสริมเพื่อให้สุขภาพจิตเพื่อให้ผู้ที่มีความเสี่ยงทางปัญญามีอาการที่ดีขึ้น การพยาบาลในระยะแรกมักเป็นการปฏิบัติการพยาบาลโดยทั่วไป แต่เมื่อสามารถรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยได้มากขึ้น แนวทางการดูแลจะเริ่มมีการปรับเปลี่ยนให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้พยาบาลมีบทบาทหน้าที่เป็นประสานงานกับบุคลากรหลายฝ่ายเกี่ยวข้องโดยมีวัตถุประสงค์ร่วมกัน คือ การช่วยเหลือและให้การรักษามีประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่น่าพึงพอใจ การให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เช่น การเจ็บป่วยทางจิต วิธีการเผชิญกับปัญหา การจัดการกับปัญหาส่วนตัวต่าง ๆ การดูแลสุขภาพร่างกาย การรักษาต่าง ๆ ทางจิตเวช และการพัฒนาทักษะทางสังคม อาจอยู่ในรูปแบบการจัดกิจกรรมด้านความรู้ทางสุขภาพจิต โดยเฉพาะสาเหตุการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิต การดำเนินของโรค และผลกระทบต่าง ๆ โดยนำบุคคลพร้อมแหล่งประโยชน์ในชุมชนเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้เกิดประโยชน์มากที่สุด และควร



บันทึกความก้าวหน้าของการปฏิบัติการพยาบาล แนวทางการพยาบาลผู้ที่มีความเสี่ยงทางปัญญาจากภาวะซึมเศร้า ตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาล (Suvanayos, & Thapinta, 2018: Kansri, Tathong, Yodthongde, & Pichaipact, 2019: Puengsema, 2020) เช่น

4.1 การให้คำปรึกษา (Counselling) เป็นหน้าที่สำคัญของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชน พยาบาลให้บริการใกล้ชิดกับผู้รับบริการและญาติ เป็นวิชาชีพที่ต้องรับฟังเรื่องราว และปัญหาของผู้รับบริการและญาติ รวมทั้งเป็นผู้จัดการเพื่อให้ได้รับบริการทางสุขภาพตามขั้นตอนจนครบบริบูรณ์ การให้คำปรึกษาปัญหาช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเองเพิ่มขึ้น ปรับปรุงทักษะการตัดสินใจ หยดยังพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นผลเสียต่อสุขภาพ แก้ปัญหาตลอดจนปรับปรุงพฤติกรรมหรือสามารถพัฒนาตนเอง มีการให้แรงเสริมทางบวก และการส่งเสริมการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยมีระยะเวลาการให้คำปรึกษาปรับความคิดและพฤติกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้งหรือมากกว่าขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการ ครั้งละ 50-60 นาที จำนวน 6-10 ครั้ง ให้ความรู้เรื่องการเกิดปัญหาทางอารมณ์ที่เกิดจากความคิดบิดเบือนทางลบ มีการตกลงวิธีการในการให้คำปรึกษา มีการเลือกเป้าหมายในการให้คำปรึกษาแต่ละครั้ง เลือกวิธีการเพื่อบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ทดลองทำกิจกรรม มีการทำการบ้าน การให้ข้อมูลย้อนกลับในการให้การปรึกษาแต่ละครั้ง เพื่อปรับการให้การปรึกษารั้งต่อไป (Thapinta, 2015)

4.2 การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด (Milieu therapy) ส่งเสริมให้เกิดผลดีในการดูแลรักษา พยาบาลต้องใส่ใจกับสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวผู้ป่วย ตลอดจนสร้างปฏิสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับบุคคลอื่น

4.3 ส่งเสริมให้ดูแลกิจวัตรประจำวันตนเอง (Promotion of self-care activities of daily living) การกระตุ้นความสามารถ ให้กำลังใจ และส่งเสริมให้สามารถช่วยเหลือตัวเอง เช่น อาบน้ำ แต่งตัว รับประทานอาหาร และขับถ่าย เพื่อไม่ให้พึ่งพาผู้อื่นมากเกินไป ตลอดจนฝึกทักษะที่จำเป็นในการดำรงชีวิต เช่น การใช้จ่ายใน ชีวิตประจำวัน

4.4 การดูแลผู้ป่วยทางจิตชีวภาพ (Psychobiological intervention) ทำหน้าที่บริหารยา ประเมิน ประสิทธิภาพของยา ผลข้างเคียงของยา ช่วยเหลือและประเมินการตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วย นอกจากนี้ต้องมีความรู้เกี่ยวกับการใช้เทคนิคคลายเครียด (Relaxation techniques) ได้อย่างเหมาะสม

4.5 การสอนเกี่ยวกับสุขภาพ (Health teaching) สอนเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต สาเหตุของโรค วิธีจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น ความรู้เกี่ยวกับยาที่ได้รับ ผลข้างเคียง วิธีการแก้ไขเมื่อเกิดผลข้างเคียง วิธีปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและญาติ และสอนทักษะการเผชิญปัญหาและการจัดการกับปัญหา

4.6 การดูแลผู้ป่วยเป็นรายกรณี (Case management) เป็นการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เป็นความร่วมมือระหว่างทีมสุขภาพ มีการประเมินผู้ป่วย ร่วมกันวางแผน ให้การพยาบาลตามแผน ติดตามและประเมินผล การพยาบาล และการดูแลช่วยเหลือให้ตรงตามความจำเป็นทางสุขภาพของแต่ละบุคคล รวมทั้งมีระบบการส่งต่อ เพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

4.7 ส่งเสริมสุขภาพและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี (Health promotion and health maintenance) ส่งเสริมหรือป้องกันโดยการคัดกรองผู้ป่วยในชุมชน การประเมินสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ ให้การวินิจฉัย



เพื่อส่งต่อไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สอนเกี่ยวกับสุขภาพ ป้องกันการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และการดูแลกลุ่มเสี่ยง พยาบาลต้องมีความรู้และสามารถบริหารจัดการโปรแกรมบำบัดต่าง ๆ

4.8 การบำบัดทางปัญญา (Cognitive therapy) เป็นกระบวนการบำบัดที่มุ่งเน้นการปรับความคิดทางลบให้เป็นไปในทางบวก เนื่องจากมีความเชื่อว่าความเชื่อของปัญญาส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า แล้วเกิดความคิดอัตโนมัติทางลบ ดังนั้นการปรับความคิดด้านลบจะสามารถช่วยให้ภาวะซึมเศร้าลดลง แล้วจะลดความเชื่อทางปัญญาได้

5. การประเมินผลการพยาบาล (Nursing evaluation) เป็นขั้นตอนที่สำคัญ เพื่อตรวจสอบประเมินผลและข้อบกพร่องในการปฏิบัติการพยาบาล ควรนำผลการประเมินมาปรับปรุง และแก้ไขข้อผิดพลาด หรือพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล เปรียบเทียบว่าหลังให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลแล้ว ผลที่ได้รับเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ดังนี้

5.1 การประเมินความก้าวหน้า (Formative evaluation) ประเมินผลในเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในแผนการพยาบาล วิเคราะห์พฤติกรรมตอบสนอง ประเมินความก้าวหน้า อาการที่ดีขึ้นหรือพัฒนาการที่ดีขึ้นของผู้ที่มีความเสี่ยงทางปัญญา หรือแนวทางที่สังคมยอมรับ ซึ่งเป็นผลจากแผนการปฏิบัติการพยาบาลที่นำไปใช้กับผู้ป่วย ผลของการประเมินขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในกระบวนการพยาบาล พิจารณาได้จากความถูกต้องและเพียงพอของข้อมูลที่รวบรวม ความสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย และความเหมาะสมของเป้าหมายหรือเกณฑ์ประเมินผล

5.2 การประเมินเมื่อสิ้นสุด (Summative evaluation) เป็นการสรุปการดูแลของพยาบาล ประเมินจากผลการปฏิบัติงานของพยาบาล (Self-evaluation) ตามแผนการพยาบาล ประเมินว่ามีขั้นตอนใดที่เกิดปัญหาหรืออุปสรรค ผู้ปฏิบัติงานหรือพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติการพยาบาลถูกต้องหรือสอดคล้องกับสหวิชาชีพ ต้องใช้ข้อมูลจากการประเมินแบบการประเมินความก้าวหน้า (Formative evaluation) มาใช้ร่วมด้วย เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลที่เหมาะสมในอนาคตแก่ที่มีความเสี่ยงทางปัญญา จะเป็นประโยชน์มากในการพิจารณาแผนสิ้นสุดการให้การพยาบาล และเป็นแนวทางให้สามารถช่วยดูแลให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่องกับผู้ป่วยต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งหมด พบข้อสรุปแนวทางการพยาบาลที่สำคัญ คือ ภาวะเสื่อมของสมองที่เกิดจากภาวะซึมเศร้าเป็นอาการของผู้ป่วยที่ต้องใช้การสังเกตทั้งจากผู้ป่วยเอง ผู้ใกล้ชิด และบุคลากรทางการแพทย์ เพราะอาการที่แสดงออกนั้น บางครั้งอาจไม่มีความชัดเจน ผู้ใกล้ชิด และผู้ดูแลต้องให้ความสนใจ และระมัดระวังอาการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาโดยเฉพาะความสามารถทางด้านร่างกายและจิตใจ อันส่งผลกระทบกระเทือนทางจิตใจของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ซึ่ง “การป้องกันดีกว่าการแก้ไข”

บทสรุป

ความเสี่ยงทางปัญญาจากภาวะซึมเศร้าสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา แต่ต้องอาศัยทักษะการสังเกต จึงสามารถการวินิจฉัยและพยากรณ์โรคได้ดีความเสี่ยงทางปัญญาเป็นความบกพร่องของสมองในหลายๆ ด้าน เช่น



ด้านภาษา (วจนภาษาและอวจนภาษา) ความจำระยะสั้น การประมวลผลภาพ การได้ยิน การแก้ปัญหา ความเร็วในการประมวลผลและการสั่งการของสมอง ความเสื่อมเหล่านี้เป็นปัญหาหลักของการทำงานของสมอง โดยเกิดอาการเฉียบพลัน ความสามารถในการคิดหรือมีสมาธิลดลง มีความผิดปกติของพุทธิปัญญา แรงจูงใจ ความเมื่อยล้า นอนไม่หลับและอารมณ์แปรปรวน การตอบสนองที่ผิดปกติต่อความคิดเห็นเชิงลบและการตัดสินใจ ดังนั้น พยาบาลในฐานะบุคลากรทางสุขภาพที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและครอบครัว จึงต้องใช้ทักษะทางการพยาบาลที่ศึกษา รวมทั้งการให้คำปรึกษาทางการพยาบาลเชิงจิตวิทยาแก่ผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าในวงกว้าง พฤติกรรมบริการตามกระบวนการทางการพยาบาล ซึ่งผลต่อประสิทธิภาพการลดภาวะซึมเศร้า

ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้

ในอนาคต ผู้เขียนมีความคาดหวังว่าจะเกิดหน่วยงานหรือโครงการที่คัดกรอง สนับสนุน ให้การป้องกัน ฟันฟู และให้ความช่วยเหลือหรือให้การพยาบาลกับผู้ที่มีความเสี่ยงทางปัญญาจากภาวะซึมเศร้าอย่างจริงจัง โดยมีเป้าหมายในการวางแผนการพยาบาลที่มีความสอดคล้องกับระดับของความเสี่ยงทางปัญญา เพื่อให้ดูแล ส่งเสริม และฟื้นฟูความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยได้ถูกต้อง เหมาะสม ช่วยให้ผู้ที่มีความเสี่ยงทางปัญญาและครอบครัวปรับปรุงสุขภาพของร่างกาย และจิตใจ รวมทั้งคุณภาพชีวิต สามารถจัดการกับสถานการณ์ในปัจจุบัน กระตุ้นให้มีการตอบสนองตามความต้องการทางจิตวิทยา รวมทั้งส่งเสริมสุขภาพร่างกายและจิตใจ

เอกสารอ้างอิง

- Ackley, B.J., Ladwig, G.B. & Makic, M.B. (2016). *Nursing Diagnosis Handbook: A Guide for Planning Care*. 11th ed. United States: Mosby.
- Afzal, A., Batool, Z., Sadir, S., Liaquat, L., Shahzad, S., Tabassum, S., Ahmad, S., Kamil, N., Perveen, T. & Haider, S. (2021). Therapeutic potential of curcumin in reversing the depression and associated pseudodementia via modulating stress hormone, hippocampal neurotransmitters, and BDNF levels in rats. *Neurochemical Research*, 46(12), 3273-3285.
- Antczak, J., et.al. (2018). Repetitive transcranial magnetic stimulation for the treatment of cognitive impairment in frontotemporal dementia: an open-label pilot study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 14(1), 749-755.
<https://doi.org/10.2147/NDT.S153213>
- Aree-Ue, S. & Youngcharoen, P. (2020). The 6 Item cognitive function test-Thai version: psychometric property testing. *Ramathibodi Nursing Journal*, 26(2), 188-202.
- Bora, E. (2016). Differences in cognitive impairment between schizophrenia and bipolar disorder: Considering the role of heterogeneity. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 70(10), 424-33. doi: 10.1111/pcn.12410.



- Borson, S., Scanlan, J., Brush, M., Vitaliano, P., & Dokmak, A. (2000). The mini-cog: a cognitive 'vital signs' measure for dementia screening in multi-lingual elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(11), 1021-1027.
- Brooke, P., & Bullock, R. (1999). Validation of a 6-item cognitive impairment test with a view to primary care usage. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(11), 936-940.
- Cai, M., yun Hu, J., bei Liu, B., jing Li, J., Li, F., & Lou, S. (2020). The molecular mechanisms of excessive hippocampal endoplasmic reticulum stress depressing cognition-related proteins expression and the regulatory effects of Nrf2. *Neuroscience*, 431, 152-165.
- Cambridge, O. R., Knight, M. J., Mills, N., & Baune, B. T. (2018). The clinical relationship between cognitive impairment and psychosocial functioning in major depressive disorder: A systematic review. *Psychiatry Research*, 269, 157-171.
- Chen, L. Y., Renn, T. Y., Liao, W. C., Mai, F. D., Ho, Y. J., Hsiao, G., Lee, A. W., & Chang, H. M. (2017). Melatonin successfully rescues hippocampal bioenergetics and improves cognitive function following drug intoxication by promoting Nrf2-ARE signaling activity. *Journal of Pineal Research*, 63(2), e12417.
- Connors, M. H., Quinto, L., & Brodaty, H. (2019). Longitudinal outcomes of patients with pseudodementia: a systematic review. *Psychological medicine*, 49(5), 727-737.
- Cretaz, E., Brunoni, A. R., & Lafer, B. (2015). Magnetic Seizure Therapy for Unipolar and Bipolar Depression: A Systematic Review. *Neural plasticity*, 2015. <https://doi.org/10.1155/2015/521398>
- Culpepper, L., Lam, R. W., & McIntyre, R. S. (2017). Cognitive impairment in patients with depression: awareness, assessment, and management. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 78(9), 3185.
- Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2022). Annual Report of the Department of Mental Health, Fiscal Year 2021. Bangkok: Lamom.
- Dua, D., & Grover, S. (2018). Don't forget me: Pseudodementia associated with depression. *Journal of Geriatric Mental Health*, 5(2), 159.
- Elwood, R. W. (2001). MicroCog: assessment of cognitive functioning. *Neuropsychology review*, 11(2), 89-100.
- Fisher, G. G., Stachowski, A., Infurna, F. J., Faul, J. D., Grosch, J., & Tetrack, L. E. (2014). Mental work demands, retirement, and longitudinal trajectories of cognitive functioning. *Journal of Occupational Health Psychology*, 19(2), 231.



- Howland, R.H. (2014). Vagus Nerve Stimulation. *Current Behavioral Neuroscience Reports*, 1(2), 64–73. <https://doi.org/10.1007/s40473-014-0010-5>
- Kansri, J., Tathong, B., Yodthongde, N. & Pichaipact, R. (2019). Nurses' roles on caring of depressed older people with cognitive impairment. *The Journal of Baromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima*, 25(1), 142-157.
- Kozicky, J.M., Torres I.J., Silveira, L.E., Bond, D.J., Lam, R.W. & Yatham, L.N. (2014). Cognitive change in the year after a first manic episode: association between clinical outcome and cognitive performance early in the course of bipolar I disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 75(6), e587-93. doi:10.4088/JCP.13m08928.
- Ma, L. (2020). Depression, anxiety, and apathy in mild cognitive impairment: current perspectives. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 12, 9.
- Marucci, G., Buccioni, M., Dal Ben, D., Lambertucci, C., Volpini, R., & Amenta, F. (2021). Efficacy of acetylcholinesterase inhibitors in Alzheimer's disease. *Neuropharmacology*, 190, 108352.
- Mirza, S. S., Ikram, M. A., Bos, D., Mihaescu, R., Hofman, A., & Tiemeier, H. (2017). Mild cognitive impairment and risk of depression and anxiety: A population-based study. *Alzheimer's & Dementia*, 13(2), 130-139.
- Miskowiak, K.W., Ott, C.V., Petersen, J.Z. & Kessing, L.V. (2016). Systematic review of randomized controlled trials of candidate treatments for cognitive impairment in depression and methodological challenges in the field. *Eur Neuropsychopharmacol.*; 26(12), 1845–1867. doi:10.1016/j.euroneuro.2016.09.641
- Parker, G. B., Brotchie, H., & Graham, R. K. (2017). Vitamin D and depression. *Journal of Affective Disorders*, 208, 56–61. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.08.082>
- Perini, G., Ramusino, M. C., Sinforiani, E., Bernini, S., Petrachi, R., & Costa, A. (2019). Cognitive impairment in depression: recent advances and novel treatments. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 15, 1249-1258.
- Pohanka, M. (2012). Acetylcholinesterase inhibitors: a patent review (2008–present). *Expert Opinion on Therapeutic Patents*, 22(8), 871-886.
- Pozzoli, S., Carlo, V. D., & Madonna, D. (2019). Depression, dementia, and pseudodementia. In *Clinical cases in psychiatry: integrating translational neuroscience approaches* (pp. 171-188). Springer, Cham.
- Puengsema, R. (2020). Nursing role in caring for persons with dementia. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 13(1), 15-24.



- Pullar, J.M., Carr, A.C., Bozonet, S.M. & Vissers, M. (2018). High Vitamin C Status Is Associated with Elevated Mood in Male Tertiary Students. *Antioxidants* (Basel, Switzerland), 7(7), 91.
<https://doi.org/10.3390/antiox7070091>
- Roca, M., Vives, M., López-Navarro, E., García-Campayo, J., & Gili, M. (2015). Cognitive impairments and depression: A critical review. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 43(5), 187-193.
- Rock, P. L., Roiser, J. P., Riedel, W. J., & Blackwell, A. D. (2014). Cognitive impairment in depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 44(10), 2029–2040. <https://doi.org/10.1017/S0033291713002535>
- Sahin, S., Önal, T. O., Cinar, N., Bozdemir, M., Cubuk, R., & Karsidag, S. (2017). Distinguishing depressive pseudodementia from Alzheimer disease: a comparative study of hippocampal volumetry and cognitive tests. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra*, 7(2), 230-239.
- Semkovska, M., Quinlivan, L., O'Grady, T., Johnson, R., Collins, A., O'Connor, J., Knitte, H., Ahern, E. & Gload, T. (2019). Cognitive function following a major depressive episode: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 6(10), 851-861.
- Suvanayos, C. & Thapinta, D. (2018). Role of nurse in decrease caregiving burden with dementia patients. *Nursing Journal*, 45(4), 229-239.
- Thapinta, D. (2015). Cognitive Behavior Counseling. *Nursing Journal*, 42 (Supplement), 205-213.
- Varcarolis, E. M. (2014). *Manual of Psychiatric Nursing Care Planning-E-Book: Assessment Guides, Diagnoses, Psychopharmacology*. Elsevier Health Sciences.
- Vives, M., López-Navarro, E., García-Campayo, J., & Gili, M. (2015). Cognitive impairments and depression: a critical review. *Actas Esp Psiquiatr*, 43(5), 187-193.
- Yager, J. & Feinstein, R. E. (2017). Potential applications of the National Institute of Mental Health's Research Domain Criteria (RDoC) to Clinical psychiatric practice: how RDoC might be used in assessment, diagnostic processes, case formulation, treatment planning, and clinical notes. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 78(4), 423-32. doi: 10.4088/JCP.15nr10476.
- Zacková, L., Jáni, M., Brázdil, M., Nikolova, Y. S., & Marečková, K. (2021). Cognitive impairment and depression: Meta-analysis of structural magnetic resonance imaging studies. *NeuroImage: Clinical*, 32, 102830.
- Zhang, K., et al. (2016). Molecular, functional, and structural imaging of major depressive disorder. *Neurosci Bull*, 32(3), 273–285. doi: 10.1007/s12264-016-0030-0